

PÓLIZA DE GARANTÍA ÚNICA DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES - DECRETO 1082 DE 2015 - PATRICLSUSP09V4



NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
4010482976

PÓLIZA No: 400 - 47 - 994000114496 ANEXO: 1

AGENCIA EXPEDIDORA: **CABECERA**

COD. AGENCIA: **400** RAMO: **47**

TIPO DE MOVIMIENTO: **PRORROGA**

TIPO DE IMPRESIÓN: **REIMPRESION**

DIA **29** MES **04** AÑO **2026**
FECHA DE EXPEDICIÓN

DIA **29** MES **04** AÑO **2026**
FECHA DE IMPRESIÓN

DATOS DEL AFIANZADO

NOMBRE: **HOSPICLINIC DE COLOMBIA S.A.S.**

IDENTIFICACIÓN: NIT **900.309.444-1**

DIRECCIÓN: **CLL 4 N° 11E-128 BRR COLSAG**

CIUDAD: **CÚCUTA, NORTE DE SANTANDER**

TELÉFONO: **6075752050**

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: **EL MDN - EJERCITO NACIONAL- DISPENSARIO MEDICO DE BUCARAMANGA**

IDENTIFICACIÓN: NIT **901.541.137-1**

BENEFICIARIO: **EL MDN - EJERCITO NACIONAL- DISPENSARIO MEDICO DE BUCARAMANGA**

IDENTIFICACIÓN: NIT **901.541.137-1**

AMPAROS

GIRO DE NEGOCIO: CONTRATO DE SUMINISTROS

DESCRIPCION AMPAROS
CONTRATO

VIGENCIA DESDE

VIGENCIA HASTA

SUMA ASEGURADA

CUMPLIMIENTO

27/04/2026

30/05/2027

10,000,000.00

PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES E IND

27/04/2026

30/11/2029

2,500,000.00

CALIDAD DEL SERVICIO

27/04/2026

30/05/2027

10,000,000.00

POLIZA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO DE SUMINISTROS:

BENEFICIARIOS

NIT 901541137 - EL MDN - EJERCITO NACIONAL- DISPENSARIO MEDICO DE BUCARAMANGA

POLIZA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIO

VALIDACIÓN DE AUTENTICIDAD DE PÓLIZAS

SI USTED DESEA VERIFICAR LA VALIDEZ DE LA POLIZA RECIBIDA, PUEDE CONSULTAR DESDE NUESTRA PÁGINA WEB O EN EL SIGUIENTE LINK: https://www.solidaria.com.co/Patrimoniales/Consulta/frm_ingdatos.aspx

EL OBJETO DE LA PRESENTE POLIZA ES GARANTIZAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES A CARGO DEL CONTRATISTA DERIVADAS DE ACEPTACIÓN DE OFERTA No. 249-DIGSA/DMBUG-2026 DE LA INVITACIÓN PÚBLICA SELECCIÓN DE MINIMA CUANTÍA No. MC254-DIGSA/DMBUG-2026 CELEBRADO ENTRE LAS PARTES, RELACIONADO CON PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN IMÁGENES DIAGNÓSTICAS (RESONANCIA MAGNÉTICA NUCLEAR RMN Y TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTARIZADA TAC), DESTINADOS A LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES ADSCRITOS AL ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR BISAN15, UNIDAD CENTRALIZADA POR LA REGIONAL DE SANIDAD MILITAR NO. 2 DMBUG, PARA LA VIGENCIA 2026

En la Garantía debe constar que se ampara el cumplimiento del contrato, el pago de las multas y

VALOR ASEGURADO TOTAL:	VALOR PRIMA:	GASTOS EXPEDICION:	IVA:	TOTAL A PAGAR:
\$ ****22,500,000.00	\$ *****740	\$*****0.00	\$ *****141	\$ *****880

NOMBRE INTERMEDIARIO	CLAVE	%PART	NOMBRE COMPAÑIA COASEGURO CEDIDO	%PART	VALOR ASEGURADO
TE ASEGURAMOS COMPANIA DE SEGUROS LT	7856	100.00			

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN: DECLARO CONOCER Y ESTAR INFORMADO QUE LOS CANALES QUE A CONTINUACIÓN SE RELACIONAN, CUYOS DATOS VERACES Y FIDELIGNOS HE SUMINISTRADO VOLUNTARIAMENTE EN EL PRESENTE DOCUMENTO, PUEDEN SER UTILIZADOS POR LA ASEGURADORA PARA REALIZAR GESTIONES DE COBRANZA, ASÍ COMO PARA EL ENVÍO DE MENSAJES PUBLICITARIOS A TRAVÉS DE MENSAJES CORTOS DE TEXTO (SMS), MENSAJERÍA POR APLICACIONES WEB, CORREOS ELECTRÓNICOS Y LLAMADAS TELEFÓNICAS DE CARÁCTER COMERCIAL O PUBLICITARIO, TODO DENTRO DEL MARCO LEGAL APLICABLE. DE ESTA MANERA, AUTORIZO EXPRESAMENTE PARA SER CONTACTADO POR LA ASEGURADORA Y/O SUS GESTORES COMERCIALES, DE COBRANZA E INTERMEDIARIOS, PARA LOS FINES MENCIONADOS EN LA PRESENTE DECLARACIÓN, MEDIANTE LOS CANALES DE: PRESENCIAL, LLAMADAS, CORREO ELECTRÓNICO Y EN ALGUNOS CASOS MENSAJES DE TEXTO Y WHATSAPP POR MEDIO DE GESTIÓN AUTOMÁTICA. EN CASO QUE DESEE CAMBIAR EL CANAL DE CONTACTO O TENER UN CANAL EXCLUSIVO PARA LA GESTIÓN DE COBRANZA, POR FAVOR INFORMAR AL CORREO ELECTRÓNICO: GESTIONDECARTERA@SOLIDARIA.COM.CO, PARA FINES COMERCIALES POR FAVOR INFORMAR AL CORREO GESTIONCOMERCIAL@SOLIDARIA.COM.CO Y PARA MODIFICAR O ACTUALIZAR SUS DATOS DE CONTACTO POR FAVOR INGRESAR A: https://www.solidaria.com.cowa_digitalclient/#login

MEDIANTE LA SOLICITUD Y CONTRATACIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO, USTED EN CALIDAD DE TITULAR(ES) DE LA INFORMACIÓN; DE MANERA LIBRE, EXPRESA, VOLUNTARIA E INFORMADA, AUTORIZA A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA O A LA PERSONA NATURAL O JURÍDICA A QUIEN ESTE ENCARGUE, A RECOLECTAR, ALMACENAR, UTILIZAR, CIRCULAR, SUPRIMIR Y EN GENERAL, A REALIZAR CUALQUIER OTRO TRATAMIENTO A LOS DATOS PERSONALES POR USTED SUMINISTRADOS, PARA TODOS AQUELLOS ASPECTOS INHERENTES A LAS ACTIVIDADES COMERCIALES Y PROMOCIONALES, Y CUALQUIER OTRO RELACIONADO CON EL DESARROLLO DEL OBJETO SOCIAL PRINCIPAL DEL REFERIDA SOCIEDAD, LO QUE IMPLICA EL USO DE LOS DATOS EN ACTIVIDADES DE MERCADO, PROMOCIÓN Y DE SER EL CASO, CUANDO LA ACTIVIDAD COMERCIAL LO REQUIERA, LA TRANSFERENCIA Y TRANSMISIÓN DE LOS MISMOS A UN TERCERO (INCLUYENDO TERCEROS PAÍSES), BAJO LOS PARÁMETROS DE LA LEY 1581 DE 2012, DECRETO 1074 DE 2015 Y DEMÁS NORMATIVIDAD VIGENTE QUE REGULE LA MATERIA. EN TODO CASO, ASEGURADORA SOLIDARIA GARANTIZA LAS CONDICIONES DE SEGURIDAD, PRIVACIDAD Y DEMÁS PRINCIPIOS QUE IMPLIQUEN EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES ACORDE CON LA LEGISLACIÓN APLICABLE. ESTA AUTORIZACIÓN SE MANTENDRÁ POR EL TIEMPO DE DURACIÓN DEL VÍNCULO O LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO Y POR EL TIEMPO DE DURACIÓN DE LA SOCIEDAD RESPONSABLE, CONFORME LO ESTABLECIDO EN SUS MANUALES Y POLÍTICAS. IGUALMENTE DECLARO QUE HE CONOCIDO LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DISPONIBLE EN: <https://aseguradorasolidaria.com.co/enlaces-de-interes/politica-de-privacidad.aspx>

PARA ACCEDER AL CLAUSULADO DE SU PÓLIZA DE SEGURO, POR FAVOR INGRESE AL SIGUIENTE LINK <https://aseguradorasolidaria.com.co/enlaces-de-interes/biblioteca-de-clausulados.aspx> Y BUSQUE EL NOMBRE DEL PRODUCTO TAL Y COMO FIGURA EN EL TÍTULO DE ESTE DOCUMENTO. TAMBIÉN PUEDE VERIFICAR LA VALIDEZ DE ESTA PÓLIZA DESDE NUESTRA PÁGINA WEB <https://www.aseguradorasolidaria.com.co>, EN EL MENÚ "SERVICIOS", OPCIÓN "CONSULTA POLIZA DE CUMPLIMIENTO Y OTROS".

FIRMA ASEGURADOR

(415)7701861000019(8020)0000000007000401048297

FIRMA TOMADOR

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 12 Bogotá
CAD821780B06FD7D58

CLIENTE

PÓLIZA DE GARANTÍA ÚNICA DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: CABECERA COD. AGENCIA: 400 RAMO: 47 No PÓLIZA: 994000114496 ANEXO: 1

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE:	HOSPICLINIC DE COLOMBIA S.A.S.	IDENTIFICACIÓN:	NIT	900.309.444-1
ASEGURADO:	EL MDN - EJERCITO NACIONAL- DISPENSARIO MEDICO DE BUCARAMANGA	IDENTIFICACIÓN:	NIT	901.541.137-1
BENEFICIARIO:	EL MDN - EJERCITO NACIONAL- DISPENSARIO MEDICO DE BUCARAMANGA	IDENTIFICACIÓN:	NIT	901.541.137-1

TEXTO ITEM 1

de la penal pecuniaria convenidas. Así como también deberá constar que se renuncia al beneficio de excusión
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS



Sucursal Virtual Negocios
Pago PSE

29 Abr 2026 17:22

NIT: 900309444

Usuario: CLAUDIA PATRICIA CRISTANCHO TAMARA



Pago exitoso
CUS 263968536

Comercio
Aseguradora Solidaria de Colombia

Referencia 1
186.180.70.99

Fecha
29 Abr 2026 17:22

Referencia 2
4010482976

Número de factura
40104829761

Referencia 3
NIT - 900309444

Descripción del pago
POLIZAS

Valor del Pago
\$880

Número de comprobante
TR2604291722032X8a8q

Costo de la transacción
\$ 0

Producto origen
Corriente - Bancolombia
****** 4537**

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
4010482976

PÓLIZA No: 400 - 47 - 994000114496 ANEXO: 0

AGENCIA EXPEDIDORA: **CABECERA**

COD. AGENCIA: **400** RAMO: **47**

TIPO DE MOVIMIENTO: **EXPEDICION**

TIPO DE IMPRESIÓN: **REIMPRESION**

DIA MES AÑO
27 04 2026
FECHA DE EXPEDICIÓN

DIA MES AÑO
27 04 2026
FECHA DE IMPRESIÓN

DATOS DEL AFIANZADO

NOMBRE: **HOSPICLINIC DE COLOMBIA S.A.S.**

IDENTIFICACIÓN: NIT **900.309.444-1**

DIRECCIÓN: **CLL 4 N° 11E-128 BRR COLSAG**

CIUDAD: **CÚCUTA, NORTE DE SANTANDER**

TELÉFONO: **6075752050**

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: **EL MDN - EJERCITO NACIONAL- DISPENSARIO MEDICO DE BUCARAMANGA**

IDENTIFICACIÓN: NIT **901.541.137-1**

BENEFICIARIO: **EL MDN - EJERCITO NACIONAL- DISPENSARIO MEDICO DE BUCARAMANGA**

IDENTIFICACIÓN: NIT **901.541.137-1**

AMPAROS

GIRO DE NEGOCIO: CONTRATO DE SUMINISTROS

DESCRIPCION AMPAROS
CONTRATO

VIGENCIA DESDE VIGENCIA HASTA

SUMA ASEGURADA

CUMPLIMIENTO	27/04/2026	27/05/2027	10,000,000.00
PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES E IND	27/04/2026	27/11/2029	2,500,000.00
CALIDAD DEL SERVICIO	27/04/2026	27/05/2027	10,000,000.00

BENEFICIARIOS

NIT 901541137 - **EL MDN - EJERCITO NACIONAL- DISPENSARIO MEDICO DE BUCARAMANGA**

POLIZA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO DE SUMINISTROS:

VALIDACIÓN DE AUTENTICIDAD DE PÓLIZAS

SI USTED DESEA VERIFICAR LA VALIDEZ DE LA POLIZA RECIBIDA, PUEDE CONSULTAR DESDE NUESTRA PÁGINA WEB O EN EL SIGUIENTE LINK: https://www.solidaria.com.co/Patrimoniales/Consulta/frm_ingdatos.aspx OBJETO DE LA GARANTIA

EL OBJETO DE LA PRESENTE POLIZA ES GARANTIZAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES A CARGO DEL CONTRATISTA DERIVADAS DE ACEPTACIÓN DE OFERTA No. 249-DIGSA/DMBUG-2026 DE LA INVITACIÓN PÚBLICA SELECCIÓN DE MÍNIMA CUANTÍA No. MC254-DIGSA/DMBUG-2026 CELEBRADO ENTRE LAS PARTES, RELACIONADO CON PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN IMÁGENES DIAGNÓSTICAS (RESONANCIA MAGNÉTICA NUCLEAR RMN Y TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTARIZADA TAC), DESTINADOS A LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES ADSCRITOS AL ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR BISAN15, UNIDAD CENTRALIZADA POR LA REGIONAL DE SANIDAD MILITAR NO. 2 DMBUG, PARA LA VIGENCIA 2026

VALOR ASEGURADO TOTAL:	VALOR PRIMA:	GASTOS EXPEDICION:	IVA:	TOTAL A PAGAR:
\$ ****22,500,000.00	\$ *****122,466	\$ ****15,000.00	\$ *****26,118	\$ *****163,584

NOMBRE INTERMEDIARIO	CLAVE	%PART	NOMBRE COMPAÑIA COASEGURO CEDIDO	%PART	VALOR ASEGURADO
TE ASEGURAMOS COMPANIA DE SEGUROS LT	7856	100.00			

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN: DECLARO CONOCER Y ESTAR INFORMADO QUE LOS CANALES QUE A CONTINUACIÓN SE RELACIONAN, CUYOS DATOS VERACES Y FIDELIGNOS HE SUMINISTRADO VOLUNTARIAMENTE EN EL PRESENTE DOCUMENTO, PUEDEN SER UTILIZADOS POR LA ASEGURADORA PARA REALIZAR GESTIONES DE COBRANZA, ASÍ COMO PARA EL ENVÍO DE MENSAJES PUBLICITARIOS A TRAVÉS DE MENSAJES CORTOS DE TEXTO (SMS), MENSAJERÍA PARA APLICACIONES WEB, CORREOS ELECTRÓNICOS Y LLAMADAS TELEFÓNICAS DE CARÁCTER COMERCIAL O PUBLICITARIO, TODO DENTRO DEL MARCO LEGAL APLICABLE. DE ESTA MANERA, AUTORIZO EXPRESAMENTE PARA SER CONTACTADO POR LA ASEGURADORA Y/O SUS GESTORES COMERCIALES, DE COBRANZA E INTERMEDIARIOS, PARA LOS FINES MENCIONADOS EN LA PRESENTE DECLARACIÓN, MEDIANTE LOS CANALES DE: PRESENCIAL, LLAMADAS, CORREO ELECTRÓNICO Y EN ALGUNOS CASOS MENSAJES DE TEXTO Y WHATSAPP POR MEDIO DE GESTIÓN AUTOMÁTICA. EN CASO QUE DESEE CAMBIAR EL CANAL DE CONTACTO O TENER UN CANAL EXCLUSIVO PARA LA GESTIÓN DE COBRANZA, POR FAVOR INFORMAR AL CORREO ELECTRÓNICO: GESTIONDECARTERA@SOLIDARIA.COM.CO, PARA FINES COMERCIALES POR FAVOR INFORMAR AL CORREO GESTIONCOMERCIAL@SOLIDARIA.COM.CO Y PARA MODIFICAR O ACTUALIZAR SUS DATOS DE CONTACTO POR FAVOR INGRESAR A: https://www.solidaria.com.co/wa_digitalclient#login

MEDIANTE LA SOLICITUD Y CONTRATACIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO, USTED EN CALIDAD DE TITULAR(ES) DE LA INFORMACIÓN; DE MANERA LIBRE, EXPRESA, VOLUNTARIA E INFORMADA, AUTORIZA A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA O A LA PERSONA NATURAL O JURÍDICA A QUIEN ESTE ENCARGUE, A RECOLECTAR, ALMACENAR, UTILIZAR, CIRCULAR, SUPRIMIR Y EN GENERAL, A REALIZAR CUALQUIER OTRO TRATAMIENTO A LOS DATOS PERSONALES POR USTED SUMINISTRADOS, PARA TODOS AQUELLOS ASPECTOS INHERENTES A LAS ACTIVIDADES COMERCIALES Y PROMOCIONALES, Y CUALQUIER OTRO RELACIONADO CON EL DESARROLLO DEL OBJETO SOCIAL PRINCIPAL DEL REFERIDA SOCIEDAD, LO QUE IMPLICA EL USO DE LOS DATOS EN ACTIVIDADES DE MERCADO, PROMOCIÓN Y DE SER EL CASO, CUANDO LA ACTIVIDAD COMERCIAL LO REQUIERA, LA TRANSFERENCIA Y TRANSMISIÓN DE LOS MISMOS A UN TERCERO (INCLUYENDO TERCEROS PAÍSES), BAJO LOS PARÁMETROS DE LA LEY 1581 DE 2012, DECRETO 1074 DE 2015 Y DEMÁS NORMATIVIDAD VIGENTE QUE REGULE LA MATERIA. EN TODO CASO, ASEGURADORA SOLIDARIA GARANTIZA LAS CONDICIONES DE SEGURIDAD, PRIVACIDAD Y DEMÁS PRINCIPIOS QUE IMPLIQUEN EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES ACORDE CON LA LEGISLACIÓN APLICABLE. ESTA AUTORIZACIÓN SE MANTENDRÁ POR EL TIEMPO DE DURACIÓN DEL VÍNCULO O LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO Y POR EL TIEMPO DE DURACIÓN DE LA SOCIEDAD RESPONSABLE, CONFORME LO ESTABLECIDO EN SUS MANUALES Y POLÍTICAS. IGUALMENTE DECLARO QUE HE CONOCIDO LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DISPONIBLE EN: <https://aseguradorasolidaria.com.co/enlaces-de-interes/politica-de-privacidad.aspx>

PARA ACCEDER AL CLAUSULADO DE SU PÓLIZA DE SEGURO, POR FAVOR INGRESE AL SIGUIENTE LINK <https://aseguradorasolidaria.com.co/enlaces-de-interes/biblioteca-de-clausulados.aspx> Y BUSQUE EL NOMBRE DEL PRODUCTO TAL Y COMO FIGURA EN EL TÍTULO DE ESTE DOCUMENTO. TAMBIÉN PUEDE VERIFICAR LA VALIDEZ DE ESTA PÓLIZA DESDE NUESTRA PÁGINA WEB <https://www.aseguradorasolidaria.com.co>, EN EL MENÚ "SERVICIOS", OPCIÓN "CONSULTA POLIZA DE CUMPLIMIENTO Y OTROS".

FIRMA ASEGURADOR

(415)7701861000019(8020)0000000007000401048297

FIRMA TOMADOR

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 12 Bogotá
CAD821780B07FE758

CLIENTE



Sucursal Virtual Negocios

Pago PSE

27 Abr 2026 15:20

NIT: 900309444

Usuario: CLAUDIA PATRICIA CRISTANCHO TAMARA



Pago exitoso

CUS 257542297

Comercio
Aseguradora Solidaria de Colombia

Referencia 1
192.230.104.18

Fecha
27 Abr 2026 15:20

Referencia 2
4010482976

Número de factura
40104829760

Referencia 3
NIT - 900309444

Descripción del pago
POLIZAS

Valor del Pago
\$163.584

Número de comprobante
TR2604271520364i3WNB

Costo de la transacción
\$ 0

Producto origen
Corriente - Bancolombia
****** 4537**